



Haryana Government Gazette

EXTRAORDINARY

Published by Authority

© Govt. of Haryana

No. 3-2017/Ext.] CHANDIGARH, WEDNESDAY, JANUARY 4, 2017 (PAUSA 14, 1938 SAKA)

हरियाणा सरकार

श्रम विभाग

अधिसूचना

दिनांक 4 जनवरी, 2017

नं० 6/75/2016-1श्रम.—हरियाणा राज्य के राज्यपाल प्रसन्नता पूर्वक “हरियाणा सिलिकोसिस पुनर्वास नीति” को प्रस्तुत करते हैं जो कि भयानक व्यवसायजनित फेफड़ों की बीमारी “सिलिकोसिस” से पीड़ित श्रमिकों के ईलाज, मुआवजा, पुनर्वास तथा विभिन्न कल्याणकारी सुविधाएं सुनिश्चित करेगी।

हरियाणा सिलिकोसिस पुनर्वास नीति

भूमिका

सिलिकोसिस एक तरह की व्यवसायजनित फेफड़ों की बीमारी है, जो कि crystalline silica की धूल में कार्य करने के दौरान सांस लेने से होती है। इसमें विशिष्ट रूप से फेफड़ों में सूजन आ जाती है एवं तथा फेफड़ों के भागों में गांठदार घाव बन जाते हैं और इस बीमारी को pneumoconiosis की श्रेणी में रखा गया है।

सिलिकोसिस के लक्षण

- टी0बी0 से सम्बन्ध
- सांस का फूलना
- थकान होना
- भूख न लगना
- छाती में दर्द, सूखी खांसी
- सांस लेने में अवरोध
- अन्ततः मृत्यु।

सिलिकोसिस एक लाइलाज फेफड़ों की बीमारी है जो कि सिलिकोसिस प्रवृत्तक कार्य स्थलों जैसे कि स्टोन केशर, कोयला आधारित ताप विद्युत संयंत्र, निर्माणाधीन स्थल एवं खानों पर हो सकती है। विश्व स्तर पर इस बीमारी से बचाव व खत्म करने के सभी प्रयासों के बावजूद सिलिकोसिस से प्रत्येक वर्ष लाखों श्रमिक इससे प्रभावित होते हैं तथा हजारों लोगों की मृत्यु हो जाती है। यह बीमारी पीड़ित व्यक्ति के शरीर में लगातार बढ़ती है और स्थाई रूप से विकलांगता पैदा कर सकती है, इसके बावजूद सिलिकोसिस दुनिया में प्रमुख व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमारियों में से एक बनी हुई है।

हरियाणा प्रदेश में सिलिकोसिस, कारखाना अधिनियम, 1948 तथा भवन एवं अन्य सन्निर्माण कर्मकार (रोजगार और शर्तों का विनियमन सेवा) अधिनियम, 1966 के अन्तर्गत अधिसूचित बीमारी है।

लक्ष्य

प्रगतिशील प्रदेश हरियाणा द्वारा सिलिकोसिस पीड़ितों के ईलाज, मुआवजा, पुनर्वास के लिये एक एकीकृत नीति "हरियाणा सिलिकोसिस पुनर्वास नीति" बनाई गई है। यह नीति सिलिकोसिस पीड़ित श्रमिक, जो कि सामाजिक व आर्थिक रूप से कमजोर हैं उनके ईलाज, मुआवजा, पुनर्वास तथा विभिन्न कल्याणकारी सुविधाएं सुनिश्चित करेगी। हरियाणा सिलिकोसिस पुनर्वास नीति की परिपालना के तरीके नीचे दर्शाये गये हैं :-

पात्रता

- जिस श्रमिक को सिलिकोसिस डायग्नोसिस बोर्ड प्रमाणित करेगा वह इस नीति के अन्तर्गत पात्र होगा।
- यह नीति केवल कारखानों तथा निर्माण स्थलों पर कार्य करने वाले श्रमिकों पर लागू होगी।

पुनर्वास एवं अन्य कल्याणकारी पहलू

(क) ईलाज

जब भी कोई संदिग्ध मामला सिलिकोसिस डायग्नोसिस बोर्ड द्वारा प्रमाणित किया जाता है, तो उस श्रमिक को ईलाज हेतु अस्पताल भेजा जायेगा। जो श्रमिक कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 के अन्तर्गत पंजीकृत होगा उसे ईलाज हेतु ई0एस0आई0 अस्पताल भेजा जायेगा और जो श्रमिक, कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 के अन्तर्गत पंजीकृत नहीं है तो उसे जांच पड़ताल, मुफ्त ईलाज, तथा दवाईयों के लिये राज्य सरकार के स्वास्थ्य विभाग के जिला अस्पतालों अथवा चिकित्सा महाविद्यालयों में भेजा जायेगा। यदि सिलिकोसिस पीड़ित श्रमिक के ईलाज के लिये कोई दवाई, जांच या उपकरण स्वास्थ्य विभाग के पास उपलब्ध नहीं है तो स्वास्थ्य विभाग उसको बाजार से खरीद सकता है तथा उस राशि की प्रतिपूर्ति श्रम विभाग द्वारा की जायेगी।

(ख) मुआवजा

जो श्रमिक कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 के अन्तर्गत पंजीकृत है, उसको इस अधिनियम के प्रावधानों के अन्तर्गत मुआवजा दिया जायेगा तथा जो इसके अन्तर्गत पंजीकृत नहीं है, उसको कामगार क्षतिपूर्ति अधिनियम, 1923 के प्रावधानों के अन्तर्गत मुआवजा दिया जायेगा।

(ग) कल्याणकारी योजनाएं

| क्र.स. | कल्याणकारी योजना का नाम | सहायता राशि | पात्रता की शर्तें |
|--------|-------------------------|---|---|
| (i) | पुनर्वास सहायता | <p>सिलिकोसिस डायग्नोसिस बोर्ड द्वारा प्रमाणित होने उपरान्त एक मुश्त 5 लाख रु0 की सहायता राशि।</p> <p>सिलिकोसिस डायग्नोसिस बोर्ड द्वारा प्रमाणित होने उपरान्त यदि किसी श्रमिक की मृत्यु हो जाती है और उसे पुनर्वास सहायता प्राप्त नहीं हुई हो तो, पुनर्वास सहायता उसके :-</p> <ul style="list-style-type: none"> विधवा/विधुर अगर श्रमिक शादीशुदा था। अथवा जीवित माता/पिता में से एक, यदि श्रमिक शादीशुदा नहीं था। को देय होगी। | <ul style="list-style-type: none"> पहचान पत्र मृत्यु प्रमाण-पत्र यदि मृत्यु पुनर्वास सहायता प्राप्त होने से पहले हुई हो तो। |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|---|--|--|---------|-----------|---------|------------|---------|---|------------------|--|
| (ii) | | मृत्यु उपरान्त सहायता | 1 लाख रु0 की राशि सिलिकोसिस पीड़ित श्रमिक की मृत्यु उपरान्त उसके :- <ul style="list-style-type: none">विधवा/विधुर अथवानामांकित किये हुये व्यक्ति को, यदि मृतक शादीशुदा नहीं था। को देय होगी। | <ul style="list-style-type: none">मृतक का पहचान पत्रमृत्यु प्रमाण पत्र | | | | | | | | |
| (iii) | | अंतिम संस्कार सहायता | राशि 15 हजार रु0 की राशि मृतक श्रमिक के अंत्येष्टि उनुष्ठानों के लिये। | <ul style="list-style-type: none">मृतक का पहचान पत्र | | | | | | | | |
| (iv) | | सिलिकोसिस पुनर्वास पेंशन | 4,000 रु0 की राशि प्रति माह ILO द्वारा सिलिकोसिस वर्गीकृत (ए),(बी) (सी) श्रेणी के श्रमिकों के लिये, जबतक वह जीवित है। | <ul style="list-style-type: none">पहचान पत्रईलाज सम्बन्धी सभी दस्तावेज | | | | | | | | |
| (v) | | पारिवारिक पेंशन | 3500 /— रु0 की राशि प्रति माह श्रमिक की सिलिकोसिस से मृत्यु उपरान्त उसके:- <ul style="list-style-type: none">जीवित विधवा/विधुर अथवाजीवित माता/पिता यदि श्रमिक शादीशुदा नहीं है तो, को देय होगी | <ul style="list-style-type: none">पहचान पत्रश्रमिक का मृत्यु प्रमाण पत्र | | | | | | | | |
| (vi) | | बच्चों की शिक्षा के लिये वित्तीय सहायता | 5000 /— रु0 से 12000 /—रु0 की राशि प्रति वर्ष कक्षा 1 से स्नातकोत्तर तक <table><tr><td>कक्षा 1 —5</td><td>5000 /—</td></tr><tr><td>कक्षा 6—8</td><td>6000 /—</td></tr><tr><td>कक्षा 9—10</td><td>8000 /—</td></tr><tr><td>कक्षा 11—12 आई0टी0आई0 डिप्लोमा / स्नातक / स्नातकोत्तर</td><td>10000 , 12000 /—</td></tr></table> | कक्षा 1 —5 | 5000 /— | कक्षा 6—8 | 6000 /— | कक्षा 9—10 | 8000 /— | कक्षा 11—12 आई0टी0आई0 डिप्लोमा / स्नातक / स्नातकोत्तर | 10000 , 12000 /— | <ul style="list-style-type: none">पहचान पत्रपिछली कक्षा का परिणामअगली कक्षा में दाखिले का प्रमाण पत्रदो लड़कों तथा तीन लड़कियों तक उनके जन्म क्रमांक के निरेपेक्षानुसार देय होगा। |
| कक्षा 1 —5 | 5000 /— | | | | | | | | | | | |
| कक्षा 6—8 | 6000 /— | | | | | | | | | | | |
| कक्षा 9—10 | 8000 /— | | | | | | | | | | | |
| कक्षा 11—12 आई0टी0आई0 डिप्लोमा / स्नातक / स्नातकोत्तर | 10000 , 12000 /— | | | | | | | | | | | |
| (vii) | | लड़की की शादी हेतु कन्यादान सहायता | 51,000 /—रु0 की राशि तीन लड़कियों तक देय | <ul style="list-style-type: none">पहचान पत्रसरपंच/वार्ड मैम्बर द्वारा प्रमाणित शादी का निमन्त्रण पत्र।तीन लड़कियों तक देय। | | | | | | | | |

| | | | | |
|--------|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| (viii) | | लड़कों की शादी हेतु वित्तीय सहायता | 11,000/-रु० की राशि दो लड़कों तक देय | <ul style="list-style-type: none"> • पहचान पत्र • सरपंच/वार्ड मैम्बर द्वारा प्रमाणित शादी का निमन्त्रण पत्र। • दो लड़कों तक देय |
|--------|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|

(घ) कल्याणकारी योजनाओं के लिये कोष

इस नीति को अमल में लाने तथा कल्याणकारी योजनाओं के वित्त के लिये अलग से एक कोष बनाया जायेगा, जिसमें 70 प्रतिशत अनुदान हरियाणा श्रम कल्याण बोर्ड तथा 30 प्रतिशत अनुदान हरियाणा भवन एवं अन्य सन्निर्माण कर्मगार कल्याण बोर्ड द्वारा दिया जायेगा। इस कोष में राशि जमा करने का निश्चय प्रशासनिक विभाग के अनुमोदन उपरान्त श्रम आयुक्त, द्वारा लिया जायेगा।

(ङ.) कार्यान्वयन एवं निष्पादन

इस नीति से सम्बन्धित सभी कार्यों का कार्यान्वयन एवं निष्पादन हरियाणा श्रम कल्याण बोर्ड द्वारा किया जायेगा तथा हरियाणा श्रम कल्याण बोर्ड, सिलिकोसिस डायग्नोसिस बोर्ड द्वारा प्रमाणित सिलिकोसिस पीड़ित श्रमिक, को पहचान पत्र जारी करेगा।

इस नीति के तहत कल्याणकारी योजनाओं हेतु आवेदनों का निपटारा हरियाणा श्रम कल्याण बोर्ड द्वारा किया जायेगा। इन कल्याणकारी योजनाओं पर तथा अन्य खर्चों के व्यय की मंजूरी हेतु श्रम आयुक्त, हरियाणा जो कि कल्याण आयुक्त भी हैं, सक्षम प्राधिकारी होंगे। सिलिकोसिस पीड़ित श्रमिकों को दिये जाने वाले लाभ का रिकार्ड हरियाणा श्रम कल्याण बोर्ड द्वारा रखा जायेगा।

(च) आवेदन प्रक्रिया

सिलिकोसिस पीड़ित श्रमिक, कल्याणकारी योजनाओं के तहत सहायता राशि प्राप्त करने हेतु आवेदन निर्धारित प्रोफार्म में (अनुलग्नक i से viii) अपने क्षेत्र के सहायक निदेशक, औद्योगिक स्वास्थ्य, श्रम विभाग के पास जमा करवायेगा। जिसे सहायक निदेशक औ० स्वा० जांच पड़ताल के बाद श्रम आयुक्त-सह-कल्याण आयुक्त, हरियाणा के कार्यालय को प्रेषित करेगा। आवेदन पत्र को विभाग की वेबसाईट hrylabour.gov.in से डाऊनलोड किया जा सकता है।

(छ) जागरूकता

सिलिकोसिस सम्बन्धित बीमारी की जागरूकता के लिये श्रमिकों को समय-समय पर नियमित परामर्श दिया जायेगा। इसको सुनिश्चित करने के लिये कर्मचारी राज्य बीमा स्वास्थ्य संरक्षण/सामान्य अस्पताल/चिकित्सा महाविद्यालय के चिकित्सकों/गैर सरकारी संगठन तथा सामाजिक कार्यकर्ताओं के समन्वय से पूरे प्रदेश में विस्तृत जागरूकता कार्यक्रम नियमित तौर पर किये जायेंगे। श्रम विभाग द्वारा इस बीमारी के गम्भीर परिणाम, जल्दी और समय पर पता लगने के लाभ तथा साथ ही हरियाणा सिलिकोसिस पुनर्वास नीति के व्यापक प्रचार और प्रसार हेतु अखबार/विज्ञापन/रेडियो जिंगल/दूरदर्शन कार्यक्रम/नुकड़ नाटक/नाटकशाला इत्यादि तथा अन्य प्रचार माध्यमों से प्रचारित करना सुनिश्चित किया जायेगा।

दिनांक: 27 दिसम्बर, 2016.

विजय वर्धन,
अतिरिक्त मुख्य सचिव, हरियाणा सरकार,
श्रम विभाग।

**IDENTITY CARD
(Silicosis)****FRONT PAGE****I.D. No.** _____

1 Name of the Silicosis Affected Worker: _____

2 Age: _____ Sex: _____

3 Adhar No. _____ Voter I.D.: _____

4 Fathers Name: _____

5 Silicosis Confirmation Date: _____

Photograph of the
worker affected of
Silicosis

DLC,
Haryana Labour Welfare Board.

BACK PAGE

6 Residential Address: _____

7 Details of Dependents:

| Sr. No. | Name | Age | Relation |
|---------|------|-----|----------|
| | | | |

8 Contact. Number: _____

अधिकृत पत्र

नामांकित व्यक्ति का ब्यौरा (यदि श्रमिक शादीशुदा है तो पति या पत्नी)

यदि श्रमिक अविवाहित है तो जीवित माता—पिता में से एक

मैं अपने एतद द्वारा.....अपने अधिकारिक आश्रित को अधिकृत करता हूं जो मेरी मृत्यु उपरांत सभी प्रकार के लाभ का अधिकार रखेगा ।

| नामांकित व्यक्ति का नाम | सिलिकोसिस से ग्रस्त पीड़ित श्रमिक का संबंध | नामांकित व्यक्ति की आयु | बैंक खाते का विवरण |
|-------------------------|--|-------------------------|--------------------|
| | | | |

नामांकित व्यक्ति की फोटो

स्थान :
दिनांक :

श्रमिक के हस्ताक्षर

पता

अनुलग्नक – I
सिलिकोसिस से पीड़ित व्यक्ति का विवरण

(पहचान संख्या _____)

दिनांक : _____

नाम: _____

आयु: _____

लिंग: _____

सिलिकोसिस
प्रभावित व्यक्ति
का फोटो

आधार संख्या: _____ मतदाता पहचान संख्या: _____

राज्य कर्मचारी बीमा संख्या: _____

पिता का नाम: _____

वर्तमान पता: _____

स्थायी पता: _____

सिलिकोसिस प्रमाणित करने की तिथि: _____

सिलिकोसिस बीमारी की श्रेणी: _____

ईलाज शुरू होने की तिथि: _____

अस्पताल का पता: _____

बैंक खाते का ब्यौरा:

खाता संख्या: _____

बैंक का नाम व शाखा: _____ IFSC Code: _____

परिवार का विवरण:

| क्र.स. | परिवार के सदस्य का नाम | आयु | सीलिकोसीस प्रभावित व्यक्ति से सम्बन्ध |
|--------|------------------------|-----|---------------------------------------|
| | | | |

पारिवारिक सदस्यों की QW/s

नामांकित व्यक्ति का ब्यौरा (पति या पत्नी/जीवित माता-पिता में से एक)

| क्र.स. | नामांकित व्यक्ति का नाम | सीलिकोसीस प्रभावित व्यक्ति से सम्बन्ध | आयु |
|--------|-------------------------|---------------------------------------|-----|
| | | | |

नामांकित व्यक्ति की फोटो

आधार संख्या: _____ मतदाता पहचान संख्या: _____

खाता संख्या: _____

बैंक का नाम व शाखा: _____ IFSC Code: _____

स्थान:

दिनांक:

आवेदक के हस्ताक्षर
/अंगूठे का निशानउप निदेशक/सहायक निदेशक,
औद्योगिक स्वास्थ्य।

अनुलग्नक – II

पुनर्वास सहायता के लिये आवेदन पत्र

- 1 प्रार्थी का नाम
- 2 आयु.....लिंग.....मोबाईल नं०
- 3 आधार नं०वोटर आई.डी नं
- 4 कर्मचारी जीवन बीमा नं
- 5 पिता/पति का नाम
- 6 रिहायसी पता:-
पत्राचार पता.....
.....
वर्तमान पता.....
.....
- 7 सिलिकोसिस पहचान दिनांक
- 8 सिलिकोसिस की स्थिति
- 9 इलाज चलने की तिथि
- 10 अस्पताल का नाम जहां पर ईलाज चल रहा है
- 11 सिलिकोसिस से पीड़ित श्रमिक की बैंक स्थिति
खाता नं०बैंक व ब्रांच का नाम
.....आईएफएससी कोड.....

जमा किये गये दस्तावेज:

- (क) पहचान पत्र की प्रति
- (ख) आधार कार्ड व वोटर कार्ड की प्रति
- (ग) बैंक पास बुक
- (घ) मेडिकल रिकार्ड

मेरे द्वारा उपर दी गई सूचना सत्य है ।

स्थान :

दिनांक :

प्रार्थी के हस्ताक्षर

अनुलग्नक – III

अन्तिम संस्कार सहायता के लिये आवेदन

- 1 प्रार्थी का नाम.....
- 2 पता.....
.....मोबाईल नं०
- 3 प्रार्थी का आधार नं० पहचान पत्र.....
- 4 पीड़ित श्रमिक के साथ संबंध
- 5 पीड़ित श्रमिक का नाम व पता
- 6 पहचान पत्र नंबर
- 7 मृत्यु का प्रकृति
- 8 खाता नं० बैंक का नाम व ब्रांच
-आईएफएससी कोड.....
- 9 दिये गये दस्तावेजों की सूची :
क. मृत्यु प्रमाण पत्र / श्रमिक की पोस्टमार्टम रिपोर्ट
ख. सिलिकोसिस का पहचान कार्ड

मेरे द्वारा उपरलिखित दी गई सूचना सत्य है।

स्थान :

प्रार्थी के हस्ताक्षर

दिनांक :

अनुलग्नक – IV

पारिवारिक पेंशन के आवेदन

Photograph
of the
Applicant

- 1 प्रार्थी का नाम.....
- 2 पता..... मोबाईल नं०
- 3 प्रार्थी का आधार नं० पहचान पत्र.....
- 4 पीड़ित श्रमिक के साथ संबंध
- 5 पीड़ित श्रमिक का नाम व पता
- 6 पहचान पत्र नंबर
- 7 सीलिकोसिस से पीड़ित श्रमिक की मृत्यु की तिथि.....
- 8 खाता नं० बैंक का नाम व ब्रांच
- आईएफएससी कोड.....
- 9 दिये गये दस्तावेजों की सूची :
 - क. मृतक श्रमिक का पहचान पत्र
 - ख. मृत्यु प्रमाण पत्र
 - ग. मृतक श्रमिक के साथ संबंध का प्रमाण पत्र
 - घ. बैंक की पास बुक
 - ड. आधार कार्ड व पहचान पत्र की प्रति

मेरे द्वारा उपरलिखित दी गई सूचना सत्य है।

स्थान :

प्रार्थी के हस्ताक्षर

दिनांक :

अनुलग्नक – V

पुनर्वास पेन्शन के लिये आवेदन पत्र

- 1 प्रार्थी का नाम
- 2 आयु.....पुरुष/महिला.....मोबाईल नं०
- 3 आधार नं०वोटर आई.डी नं०
- 4 कर्मचारी जीवन बीमा नं०
- 5 पिता/पति का नाम
- 6 रिहायसी पता:-
पत्राचार पता.....
.....
वर्तमान पता.....
.....
- 7 सिलिकोसिस पहचान दिनांक
- 8 सिलिकोसिस की स्थिति
- 9 ईलाज चलने की तिथि
- 10 अस्पताल का नाम जहां पर ईलाज चल रहा है
- 11 सिलिकोसिस से पीड़ित श्रमिक की बैंक स्थिति
खाता नं०बैंक व ब्राच का नाम
.....आईएफएससी कोड.....

जमा किये गये दस्तावेज:

- (क) पहचान पत्र की प्रति
- (ख) आधार कार्ड व वोटर कार्ड की प्रति
- (ग) बैंक पास बुक
- (घ) मेडिकल रिकार्ड

मेरे द्वारा उपर दी गई सूचना सत्य है ।

स्थान :

प्रार्थी के हस्ताक्षर

दिनांक :

अनुलग्नक – VI

विवाह सहायता के लिये आवेदन

- 1 प्रार्थी का नाम (श्रमिक/मृतक श्रमिक के पारिवारिक सदस्य)
- 2 प्रार्थी का आधार नं०वोटर आई.डी.....
- 3 पीड़ित श्रमिक से संबंध (यदि पारिवारिक सदस्य आवेदन कर रहा है).....
पता.....
.....
- 4 पहचान पत्र नं०
- 5 सीलिकोसस से प्रभावित श्रमिक की मृत्यु की तिथि
- 6 पुत्र/पुत्री के विवाह सहायता के लिये आवेदन.....
(क) जन्म तिथि पुत्र/पुत्री जिसकी शादी होनी है
(ख) नाम पुत्र/पुत्री जिसकी शादी होनी है
(ग) क्या आप द्वारा दूसरे पुत्र/पुत्री के विवाह की सहायता के लिये आवेदन किया है , यदि हां तो पूर्ण विवरण दें:
(घ) विवाह की तिथि व समय.....
(ङ) दुल्हा व दुल्हन के पिता का पता
.....
(च) विवाह सर्टिफिकेट की तिथि व नं०
- 7 प्रार्थी का खाता नं०बैंक का नाम व ब्रांच
..... आईएफएससी कोड.....
- 8 जमा किये गये दस्तावेज:
(क) पहचान पत्र
(ख) श्रमिक का मृत्यु प्रमाण-पत्र यदि श्रमिक जीवित नहीं है
(ग) शादी का निमंत्रण कार्ड सरपंच/वार्ड मेंबर द्वारा सत्यापित
(घ) जन्म प्रमाण पत्र की प्रति, पुत्र/पुत्री जिसकी शादी है
(ङ) बैंक पास बुक
(च) आधार व वोटर आई.डी. की प्रति

मेरे द्वारा उपर दी गई सूचना सत्य है।

स्थान :

प्रार्थी के हस्ताक्षर

दिनांक :

अनुलग्नक – VII

शैक्षणिक सहायता के लिये आवेदन

- 1 प्रार्थी का नाम (श्रमिक/मृतक श्रमिक के पारिवारिक सदस्य).....
- 2 प्रार्थी का आधार नंबरपहचान पत्र
- 3 मृतक श्रमिक के साथ संबंध (यदि पारिवारिक सदस्य ने आवेदन किया है).....
.....
- 4 पता
.....
- 5 पहचान पत्र नंबर (सिलिकोसिस).....
- 6 सिलिकोसिस से पीड़ित श्रमिक की मृत्यु की तिथि
- 7 शैक्षणिक सहायता के लिये पुत्र/पुत्री द्वारा किया गया आवेदन.....
(क) जन्म तिथि पुत्र/पुत्री
(ख) नाम पुत्र/पुत्री
क्या कभी आप द्वारा पहले शैक्षणिक सहायता के लिये आवेदन किया है, यदि हां, तो सूचना दें
.....
(ग) किस कक्षा की सहायता के लिये आवेदन किया है
(घ) स्कूल व कालेज का नाम व पता.....
- 8 प्रार्थी का खाता नं० ब्रांच का नाम.....
.....आईएफएससी कोड.....
..
- 9 प्रस्तुत किये गये दस्तावेज :
क. पहचान पत्र
ख. मृत्यु प्रमाण पत्र यदि श्रमिक जीवित नहीं है तो
ग. स्कूल व कालेज द्वारा दिया गया दाखिला प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति
घ. जन्म प्रमाण पत्र का सर्टिफिकेट
ङ. बैंक की पास बुक
च. आधार कार्ड व पहचान पत्र की प्रति

मेरे द्वारा उपरलिखित दी गई सूचना सत्य है।

स्थान :

दिनांक :

प्रार्थी के हस्ताक्षर

अनुलग्नक – VIII

मृत्यु उपरांत सहायता के लिये आवेदन

1 आवेदक का नाम: _____

2 पता _____

_____ दूरभाष संख्या _____

3 आधार संख्या: _____ मतदाता पहचान संख्या: _____

4 मृतक श्रमिक के साथ सम्बन्ध: _____

5 मृतक श्रमिक का नाम व पता: _____

6 पहचान संख्या :

7 मृत्यु का कारण (विवरण सहित) :

8 प्रस्तुत किये जाने वाले दस्तावेज :

(क) श्रमिक का मृत्यु प्रमाण पत्र:

(ख) पहचान पत्र (सिलिकोसिस):

(ग) मृतक श्रमिक के साथ सम्बन्ध का प्रमाण:

9 बैंक खाते का ब्यौरा:

खाता संख्या: _____

बैंक का नाम व शाखा: _____ IFSC Code: _____

उपरोक्त विवरण मेरे ज्ञान व जानकारी अनुसार सही है ।

स्थान:

दिनांक :

आवेदनकर्ता का नाम व हस्ताक्षर

HARYANA GOVERNMENT**LABOUR DEPARTMENT****Notification**

The 4th January, 2017

No. 6/75/2016-1lab.— The Governor of Haryana is pleased to introduce “Haryana Silicosis Rehabilitation Policy” for the treatment, compensation, rehabilitation and other welfare measures for the workers affected by the dreadful occupational lung disease “Silicosis”.

Haryana Silicosis Rehabilitation Policy**Preamble**

Silicosis is a form of occupational lung disease caused by inhalation of crystalline silica dust, and is marked by inflammation and scarring in the form of nodular lesions in the lobes of lungs and is categorized as a type of pneumoconiosis.

Symptoms of Silicosis

- Associated with T.B
- Shortness of breath
- Fatigue
- Loss of appetite (Anorexia).
- Chest pain; dry with non-productive cough (Whooping Cough).
- Respiratory failure
- Eventually leads to death

Silicosis is an incurable lung disease which may occur at the Silicosis prone workplaces i.e. factories such as: Stone Crushers, Coal fired Thermal Power Plants, Construction Sites and Mines. Despite all efforts being made worldwide to prevent & eradicate it, Silicosis still afflicts tens of millions of workers in hazardous occupations and kills thousands of people every year, around the world. With its potential to cause progressive and permanent physical disability of the sufferer, silicosis continues to be one of the major occupational health illnesses in the world. In the State of Haryana Silicosis is a notifiable disease under The Factories Act, 1948 and The Building and Other Construction Workers (RE & CS) Act, 1996.

Objective

Haryana being a progressive state has introduced an integrated policy for the rehabilitation / integration. Workers suffering from silicosis mainly belong to socially economically challenged sections of our society. This policy shall ensure the treatment, Compensation, rehabilitation and provisions of various welfare measures to the workers suffering from the incurable disease of Silicosis. The modalities of the implementation / details of the proposed Haryana Silicosis Rehabilitation Policy are given below:-

Eligibility

- Any worker confirmed as suffering from Silicosis by the Silicosis Diagnosis Board, Haryana shall be covered under this policy
- This policy is applicable only for the workers working in the Factories and at the construction sites.

Rehabilitation and other Welfare Aspects:**• Treatment**

When the case of silicosis is confirmed by the Silicosis Diagnosis Board the worker shall be referred immediately to the hospital for the treatment. Workers registered under the Employee State Insurance Act, 1948 shall be given treatment at the ESI hospitals. Workers who are not registered under the ESI Act 1948 shall be provided free treatment, investigations and medicines by the Health Department in all the district hospitals and medical colleges in the state. In case some tests / medicines / equipments for the treatment of the Silicosis affected worker are not available with the Health Department the same may be procured from the open market by them and the payment for the same shall be reimbursed by the Labour Department.

• Compensation

Workers registered under the Employee State Insurance Act, 1948 shall be given compensation as per the provisions of the ESI Act, 1948 and the other workers who are not registered under the ibid Act shall be given compensation as per the provisions of the Employee's Compensation Act, 1923.

• **Welfare Schemes**

| Sr. No. | Name of Welfare Scheme | Assistance amount | | Eligibility Conditions |
|---------|------------------------------------|---|------------|---|
| (i) | Rehabilitation Assistance | Rs. 5,00,000/- as one-time assistance payable to the affected worker after confirmation by Silicosis Diagnosis Board. In case of the death of worker before receiving the rehabilitation assistance after confirmation of Silicosis Rehabilitation assistance shall be payable to: <ul style="list-style-type: none"> Widow/ widower if the worker was married. or To one of the living parents if worker was unmarried. | | <ul style="list-style-type: none"> Identity card Death certificate in case of death before receiving the said assistance. |
| (ii) | Assistance on death | Rs. 1,00,000/- In case of death of the Silicosis victim, the assistance will be payable to widow / widower or to his / her nominee in case the deceased was unmarried. | | <ul style="list-style-type: none"> Identity Card of the deceased. Death certificate of the deceased. |
| (iii) | Funeral Assistance | Rs. 15,000/- For performing the funerary rituals of the deceased worker | | <ul style="list-style-type: none"> Identity Card of the deceased. |
| (iv) | Silicosis Rehabilitation Pension | Rs. 4000/- per month to the worker categorized as category (A,B,C) as per ILO Classification till He / She remains alive. | | <ul style="list-style-type: none"> Identity card All medical records to be produced |
| (v) | Family Pension | Rs.3500/- per month After the death of the worker due to Silicosis:- <ul style="list-style-type: none"> To widow/ widower till he/ she is alive. In case of un-married worker to his /her living parents. | | <ul style="list-style-type: none"> Identity card Death Certificate of the deceased worker |
| (vi) | Financial Assistance for Education | Rs.5000/-to Rs.12000/- Annually From Class 1 to Master's Degree. | | <ul style="list-style-type: none"> Identity card Result of previous Class Admission certificate of next class Admissible to two boys and upto three girls irrespective of the order of their birth. |
| | | Class1-5 | Rs.5000/- | |
| | | Class 6-8 | Rs.6000/- | |
| | | Class 9-10 | Rs.8000/- | |
| | | Class 11-12 | Rs.10000/- | |
| | | ITI diploma / graduation / post-graduation | Rs.12000/- | |

| | | | |
|--------|--|--------------------------------------|---|
| (vii) | Kanyadaan Assistance on the occasion of marriage of daughter | Rs. 51000/- Up to three daughters | <ul style="list-style-type: none"> • Identity card • Marriage invitation card attested by Sarpanch / Ward member • Admissible up to marriage of three Daughters only |
| (viii) | Financial Assistance on Marriage of Sons | Rs. 11,000/- Up to two Sons | <ul style="list-style-type: none"> • Identity card • Marriage invitation card attested by Sarpanch / Ward member • Admissible up to marriage of two Boys only. |

• **Corpus for Welfare Schemes**

A separate corpus shall be created to finance the above Welfare Schemes and to execute the Policy. It shall consist of 70% contribution by the Haryana Labour Welfare Board and 30% by the Haryana Building & Other Construction Workers Welfare Board. The amount to be deposited shall be finalized by the Labour Commissioner, Haryana after the approval from Administrative Department.

• **Implementation and Execution**

All the functions pertaining to implementation of welfare measures and execution of the policy shall be performed by the Haryana Labour Welfare Board. Any worker suffering from Silicosis and confirmed by Silicosis Diagnosis Board shall be issued an Identity Card by the Haryana Labour Welfare Board.

The applications for various welfare schemes shall be dealt by the Haryana Labour Welfare Board, Haryana. The Labour Commissioner, Haryana being Welfare Commissioner shall be the competent authority to sanction the expenditure to be incurred for all the welfare schemes and any other expenditure associated with the policy. The Haryana Labour Welfare Board shall maintain all the records pertaining to the welfare schemes / benefits provided to Silicosis affected workers.

• **Application Procedures**

For availing the welfare assistance the workers affected from Silicosis shall submit an application to the Assistant Director, Industrial Health of the concerned jurisdiction who shall forward it to the O/o Labour Commissioner –cum- Welfare Commissioner, Haryana in the prescribed performa (i.e. annexure I to VIII). The application Performa can be downloaded from the hrylabour.gov.in

• **Awareness**

Awareness of Silicosis disease can be best ensured by regular and timely counselling of the workers. So as to ensure the same, a co-ordinated and comprehensive awareness programme shall be launched / ensured in coordination with the doctors of ESI Health care hospitals/ District Civil hospitals/ Medical Colleges / NGOs and social activists working in the State. Wide publicity about the serious implications of this disease, benefits of its early and timely detection as well as Haryana Silicosis Rehabilitation Policy shall be ensured through Newspapers /Advertisements/ Radio Jingles/ Television Programmes/Street Plays/ Theatres etc. and other publicity material by the Labour Department.

Dated: 27.12.2016.

VIJAI VARDHAN,
Additional Chief Secretary to Government, Haryana,
Labour Department.

**IDENTITY CARD
(Silicosis)****FRONT PAGE****I.D. No.** _____

9 Name of the Silicosis Affected Worker: _____

10 Age: _____ Sex: _____

11 Adhar No. _____ Voter I.D.: _____

12 Fathers Name: _____

13 Silicosis Confirmation Date: _____

Photograph of the
worker affected of
Silicosis

DLC
Haryana Labour Welfare Board

BACK PAGE14 Residential Address: _____

15 Details of Dependents:

| Sr. No. | Name | Age | Relation |
|---------|------|-----|----------|
| | | | |

16 Contact. Number: _____

NOMINATION FORM

(Nominee can be spouse in case worker is married / one of living parents in case worker is unmarried)

I nominate my _____ as rightful dependent, to receive all the welfare assistance on my behalf in the event of my death, as rightful heirs to receive all benefits.

| Name of the Nominee | Relation with the Silicosis affected worker | Age of the Nominee | Bank Details |
|---------------------|--|--------------------|--------------|
| | | | |

Photograph
of the
nominee

Place:

Date:

Name Address of the
worker with Signature

ANNEXURE-I**Details of Silicosis affected Person**

(I.D.No. _____)

Date: _____

Name: _____

Age: _____ Sex: _____ Contact No: _____

Adhar No: _____ Voter (I.D) No: _____

Employees State Insurance No: _____

Fathers Name: _____

Residential Address:

Temporary: _____

Permanent: _____

Confirm as Silicosis on dated: _____

Category of Silicosis: _____

Treatment started on dated: _____

Address of Hospital: _____

Bank Account Details of Silicosis Affected person:

Account No: _____

Branch of Bank: _____ IFSC Code: _____

| |
|---------------------------------|
| Photograph of the nominee |
|---------------------------------|

Details of dependent Family members:

| Sr. No. | Name of the member | Age | Relation with Silicosis Affected worker |
|---------|--------------------|-----|---|
| | | | |

Photograph of all dependent members

Details of Nominee (Spouse/ One of the living Parents)

| Sr. No. | Name of Nominee | Relation with Silicosis Affected worker | Age |
|---------|-----------------|---|-----|
| | | | |

Photograph of the nominee

Adhar No: _____ Voter (I.D) No: _____

AccountNo: _____

Branch of Bank: _____ IFSC Code: _____

Details of present employment of worker:

Signature / Thumb
Impression of worker

Deputy Director
Industrial Health

ANNEXURE-II**APPLICATION FORM FOR CLAIMING REHABILITATION ASSISTANCE**

1. Name: _____
2. Age: _____ Sex: _____ Contact No: _____
3. Aadhar No: _____ Voter (I.D) No: _____
4. Employees State Insurance No: _____
5. Fathers Name: _____
6. **Residential Address:**
Temporary: _____

Permanent: _____

7. Confirm as Silicosis on dated: _____
8. Category of Silicosis: _____
9. Treatment started on dated: _____
10. Address of Hospital: _____

11. Bank Account Details of Silicosis Affected person:

AccountNo: _____

Branch of Bank: _____ IFSC Code: _____

Documents to be submitted:

- (a) Copy of Identity card
- (b) Copy of Adhar Card & Voter I.D
- (c) Copy of Bank Pass Book
- (d) Medical Records

The above details are true to my knowledge and information.

Place :

Date :

Name and Signature of the Applicant.

ANNEXURE-III**APPLICATION FORM FOR CLAIMING FUNERAL ASSISTANCE**

1. Name of applicant : _____
2. Address _____
_____ Contact No _____
3. Aadhar No of applicant _____ Voter I.D _____
4. Relationship with deceased worker: _____
5. Name and address of the deceased worker: _____

6. Identity No. : _____
7. Nature of Death (Give details): _____
8. Bank details of the Applicant:
Account No. _____ Name of the Bank _____
Branch Address _____ IFSC Code _____
9. Details of documents to be submitted:
(a) Death Certificate/Post Mortem Report of the worker:
(b) Identity Card (Silicosis)

The above details are true to my knowledge and information.

Place :

Date :

Name and Signature of the Applicant.

ANNEXURE-IV**APPLICATION FOR CLAIMING FAMILY PENSION****(Admissible only to spouse/ one of the living parents)**

Photograph
of the
nominee

1. Name of applicant for Family pension : _____
2. Address _____
_____ Contact No _____
3. Adhar No of applicant _____ Voter I.D _____
4. Relationship with deceased worker: _____
5. Name and address of the deceased worker : _____
6. Identity Card No. : _____
7. Date of death of the Silicosis affected worker : _____
8. Account No: _____
9. Branch of Bank: _____ IFSC Code: _____
10. List of documents to be submitted :
 - a. Identity card of deceased worker.
 - b. Death Certificate.
 - c. Proof of relation with the deceased worker.
 - d. Copy of Bank pass book.
 - e. Copy of Adhar Card. & Voter I.D

The above details are true to my knowledge and information.

Place :

Date :

Name and Signature of the Applicant.

ANNEXURE-V

APPLICATION FORM FOR CLAIMING REHABILITATION PENSION

(only for category A, B & C of Silicosis)

1. Name: _____
2. Age: _____ Sex: _____ Contact No: _____
3. Adhar No: _____ Voter (I.D) No: _____
4. Employees State Insurance No: _____
5. Fathers Name: _____
6. **Residential Address:**
Temporary: _____

Permanent: _____

7. Confirm as Silicosis on dated: _____
8. Category of Silicosis: _____
9. Treatment started on dated: _____
10. Address of Hospital: _____

11. Bank Account Details of Silicosis Affected Person:

AccountNo: _____

Branch of Bank: _____ IFSC Code: _____

Documents to be submitted:

- a. Copy of Identity card
- b. Copy of Adhar Card & Voter I.D
- c. Copy of Bank Pass Book
- d. Medical Records

The above details are true to my knowledge and information.

Place :

Date :

Name and Signature of the Applicant.

ANNEXURE-VI**APPLICATION FOR MARRIAGE ASSISTANCE**

1. Name of Applicant: (Worker / Family Member of deceased worker) _____
2. Adhar No of applicant _____ Voter I.D _____
3. Relationship with deceased worker (if family member is applying) _____
4. Address: _____

5. Identity Card No. _____
6. Date on which Silicosis Affected worker expired _____
7. Application is for the marriage of son/daughter _____
 - (i) Date of birth of the son/daughter who is getting married _____
 - (ii) Name of Son/ Daughter getting married _____
 - (iii) Have you applied for the marriage assistance of any other son / daughter; if so, details of the same. _____

 - (iv) Date and place of marriage _____
 - (v) Address of the bride or Bridegroom of the son/daughter _____

 - (vi) Date and No. of the Certificate of marriage. _____
8. Account No of Applicant _____
Branch of Bank: _____ IFSC Code: _____
9. Documents to be submitted :
 - a. Identity card
 - b. Death certificate of the worker if worker is not alive.
 - c. Marriage invitation card attested by sarpanch/ Ward member
 - d. Date of birth proof of son / daughter getting married
 - e. Copy of Bank Pass Book
 - f. Copy of Aadhar Card & Voter I.D

The above details are true to my knowledge and information.

Place :

Date :

Name and Signature of the Applicant.

ANNEXURE-VII**APPLICATION FOR CHILDREN EDUCATION ASSISTANCE**

- 1 Name of Applicant: (Worker / Family Member of deceased worker) _____
- 2 Adhar No of applicant _____ Voter I.D _____
- 3 Relationship with deceased worker (if family member is applying) _____

- 4 Address: _____

- 5 Identity Card No. _____
- 6 Date on which Silicosis Affected worker expired _____
- 7 Application is for Education of son/daughter _____
 - (i) Date of birth of the son/daughter _____
 - (ii) Name of Son/ Daughter _____
 - (iii) Have you applied for the education assistance of any other son / daughter; if so, details of the same ____

 - (iv) Class for which assistance is applied for _____
 - (v) Name & Address of School/ College _____

8. Account No of Applicant _____
Branch of Bank: _____ IFSC Code: _____
9. Documents to be submitted :
 - a. Identity card
 - b. Death certificate of the worker if worker is not alive.
 - c. Admission Certificate issued by School / College.
 - d. Date of birth proof
 - e. Copy of Bank Pass Book
 - f. Copy of Aadhar Card & Voter I.D

The above details are true to my knowledge and information.

Place :

Date :

Name and Signature of the Applicant.

ANNEXURE-VIII**APPLICATION FOR DEATH ASSISTANCE**

- 1 Name of applicant _____
- 2 Address _____
_____ Contact No _____
- 3 Adhar No of applicant _____ Voter I.D _____
- 4 Relationship with deceased worker: _____
- 5 Name and address of the deceased worker: _____
- 6 Identity Card No. :
- 7 Nature of Death (Give details) :
- 8 Details of documents to be submitted:
 - (a) Death Certificate of the worker:
 - (b) Identity Card (Silicosis):
 - (c) Proof of relation with the deceased worker.
 - (d) Nomination Form
9. Bank details of the Applicant:
Account No. _____ Name of the Bank _____
Branch Address _____ IFSC Code _____

The above details are true to my knowledge and information.

Place :

Date :

Name and Signature of the Applicant.